



## OŚWIADCZENIE

.....  
(miejscowość/data)

Ja niżej podpisany/a, ..... (imię i nazwisko Pacjenta),  
..... (PESEL), oświadczam, że w związku  
z ..... (choroba, dolegliwość, na którą pacjent się  
leczy) stale przyjmuję następujące lekarstwa:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

Proszę o przepisanie w/w lekarstw celem kontynuacji dotychczasowego leczenia bez konieczności odbycia wizyty lekarskiej.

Oświadczam, że:

- mój stan zdrowia jest stabilny i nie wymaga przeprowadzenia badań lekarskich i odbycia wizyty lekarskiej;
- nie wystąpiły u mnie inne dolegliwości oraz nie rozpocząłem leczenia i nie pobieram leków, które kolidowałyby z dotychczas przyjmowanymi,
- Lekarstwa przyjmuję zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego;
- Wskazania do zażywania w/w lekarstw nie uległy zmianie;
- Biorę na siebie odpowiedzialność, za skutki stosowania lekarstw, bez odbycia wizyty lekarskiej oraz podania nieprawdziwych danych w niniejszym oświadczeniu.

Zobowiązuję się w dalszym ciągu stosować do zaleceń lekarskich, a także przechowywać lekarstwa z daleka od osób trzecich.

Świadom odpowiedzialności karnej, z art. 233 par. 2 k.k., potwierdzam zgodność podanych danych ze stanem faktycznym.

.....  
(data i podpis pacjenta)